

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1929

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Jean Frédéric FONTAINE**

Né le 11 juillet 1903, à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Moniteur de Clinique obstétricale et gynécologique

---

RÉSULTATS COMPARATIFS

DE LA

REACTION DE BORDET-WASSERMANN

DANS

LE SANG DU CORDON,

LE SANG DE LA MÈRE

ET LE SANG DE L'ENFANT

---

*Président : M. BRINDEAU, Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

---

1929



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Jean Frédéric FONTAINE**

Né le 11 juillet 1903, à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Moniteur de Clinique obstétricale et gynécologique

---

RÉSULTATS COMPARATIFS

DE LA

REACTION DE BORDET-WASSERMANN

DANS

LE SANG DU CORDON,

LE SANG DE LA MÈRE

ET LE SANG DE L'ENFANT

---

*Président : M. BRINDEAU, Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

---

1929

# I. — PROFESSEURS

|                                                                | MM.           |
|----------------------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie . . . . .                                             | ROUVIERE.     |
| Anatomie médicale-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .  | CUNÉO.        |
| Physiologie . . . . .                                          | ROGER.        |
| Physique médicale . . . . .                                    | STROHL.       |
| Chimie générale . . . . .                                      | DESGREZ.      |
| Bactériologie . . . . .                                        | LEMIERRE.     |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale. . . . .          | BRUMPT.       |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                | BAUDOUIN.     |
| Pathologie médicale . . . . .                                  | CLERC.        |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                              | LECENE.       |
| Anatomie pathologique . . . . .                                | ROUSSY.       |
| Histologie . . . . .                                           | CHAMPY.       |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                    | TIFFENEAU.    |
| Thérapeutique. . . . .                                         | LOEPER.       |
| Hygiène et Médecine préventive . . . . .                       | TANON.        |
| Médecine légale . . . . .                                      | BAITHAZARD.   |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .           | MENETRIER     |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                 | RATHERY.      |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie. . . . .              | M. VILLARET.  |
| Clinique médicale. . . . .                                     | CARNOT.       |
|                                                                | BEZANÇON.     |
|                                                                | ACHARD.       |
|                                                                | Marcel LABBÉ  |
| Hygiène et clinique de la première enfance. . . . .            | LEREBoullet.  |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                    | NOBÉCOURT.    |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | H. CLAUDE.    |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .      | GOUGEROT.     |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .              | GUILLAIN.     |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                   | TEISSIER.     |
|                                                                | DELBET.       |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                 | HARTMANN.     |
|                                                                | LEJARS.       |
|                                                                | GOSSET.       |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                             | TERRIEN.      |
| Clinique urologique . . . . .                                  | LEGUEU.       |
|                                                                | COUVELAIRE.   |
| Clinique d'accouchements . . . . .                             | BRINDEAU.     |
|                                                                | JEANNIN.      |
| Clinique gynécologique . . . . .                               | J.-L. FAURE.  |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. . . . .         | OMBREDANNE.   |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                      | VAQUEZ.       |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                    | SEBILEAU.     |
| Clinique thérapeutique chirurgicale. . . . .                   | Pierre DUVAL. |
| Clinique propédeutique. . . . .                                | SERGEANT.     |
| Clinique de la tuberculose . . . . .                           | Léon BERNARD. |
| Professeur sans chaire. . . . .                                | N...          |
| Professeur sans chaire. . . . .                                | MAUCLAIRE.    |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.  
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.  
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.  
 BINET . . . Physiologie.  
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.  
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.  
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.  
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.  
 CATHALA . . . Pathologie médicale.  
 CHABROL . . . Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.  
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.  
 DOGNON . . . Physique.  
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.  
 ECALLE . . . Obstétrique.  
 FEY . . . Urologie.  
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.  
 GASTINEL . . . Bactériologie.  
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.  
 GIROUD . . . Histologie.  
 HARVIER. . . Pathologie médicale.  
 HOVELACQUE Anatomie.  
 HUTINEL. . . Pathologie médicale  
 JOANNON. . . Hygiène.  
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.  
 LAROCHE(Guy) Pathologie médicale.  
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.  
 LEROUX . . . Anatomie pathologique  
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale  
 LIAN. . . . Pathologie médicale.  
 MERCIER(Fernand). . . Pharmacologie.  
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale  
 MOREAU . . . Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale  
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale  
 MULON. . . . Histologie.  
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.  
 OLIVIER . . . Anatomie.  
 PIEDELIEVRE Médecine légale.  
 PORTES . . . Obstétrique.  
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.  
 RICHET Fils . . . Physiologie.  
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.  
 VALLERY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.  
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.  
 VELTER . . . Ophthalmologie.  
 VERNE . . . . Histologie.  
 VIGNES. . . . Obstétrique.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . . Pharmacologie.  
 GUÉNIOT . . . . Obstétrique.  
 LEQUEUX . . . . Obstétrique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.  
 REPTERER. . . Histologie.  
 ZIMMERN. . . . Physique.

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

| MM.                         |                          | MM.                |                          |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| ALGLAVE . . . . .           | } Clinique chirurgicale. | LERI . . . . .     | Clinique médicale.       |
| AUVRAY . . . . .            |                          | MOCQUOT . . . . .  | } Clinique chirurgicale. |
| CHEVASSU . . . . .          |                          | PROUST . . . . .   |                          |
| LAIGNEL-LAVASTINE . . . . . | Clinique médicale.       | SCHWARTZ . . . . . |                          |
| LE LORIER . . . . .         | Clinique obstétricale.   |                    |                          |

## V. — CHARGÉS DE COURS

|                                                  |                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire . . . . . | } Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY . . . . .                                   |                                                                                                                                          |
| CHAILLEY-BERT . . . . .                          | Stomatologie.                                                                                                                            |
| LEDoux-LEBARD . . . . .                          | Education physique.                                                                                                                      |
| WEIL-HALLÉ . . . . .                             | Radiologie clinique.                                                                                                                     |
|                                                  | Puériculture.                                                                                                                            |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation*

A MON PÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur A. BRINDEAU

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique  
Officier de la Légion d'Honneur

*Faible témoignage de notre affectueuse  
reconnaissance et de notre respec-  
tueuse admiration.*

A Monsieur le Docteur LOUIS FOURNIER

Médecin de l'hôpital Cochin  
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a toujours témoigné tant  
d'affection ; hommage de profond  
attachement et de respectueuse re-  
connaissance.*

A Madame HINGLAIS

Docteur ès-sciences

A Monsieur HINGLAIS

Chef de laboratoire à la clinique Tarnier

*Qui nous ont aidé de leurs précieux  
conseils. En témoignage de nos sen-  
timents très affectueux et reconnais-  
sants.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

**Stage**

Monsieur le Professeur GILBERT (*in memoriam*)

Monsieur le Docteur LAUBRY.

**Externat**

Monsieur le Professeur DELBET.

Monsieur le Docteur RIST.

Monsieur le Docteur LESAGE.

Monsieur le Docteur CHABROL.

Monsieur le Docteur VEAU.

Monsieur le Professeur BRINDEAU.



Nous tenons avant tout à remercier tous ceux qui ont dirigé nos recherches. M. le Professeur Brindeau nous a indiqué ce sujet d'études et a mis à notre disposition toutes les ressources de la Clinique Tarnier ; il nous a toujours témoigné une affectueuse bienveillance et a profité de toutes les circonstances pour nous prodiguer de précieux enseignements ; nous lui en gardons une profonde reconnaissance.

Mme et M. Hinglais, chef de laboratoire à la clinique Tarnier, dont les encouragements et les conseils avisés nous ont été d'un si grand secours, ont bien voulu nous faire profiter de leur expérience et faire toutes les réactions sérologiques qui constituent l'essentiel de cette thèse. Nous les prions de croire à notre plus vive gratitude.

Nous assurons de notre reconnaissance M. le Docteur Brouha dont l'amitié nous a vivement touché.

Nos sincères remerciements vont encore à M. le docteur Cartier, chef de laboratoire à la Clinique Tarnier, à M. le Professeur agrégé Vaudescal, à Messieurs Lantuéjoul, Desoubry, de Peretti della Rocca, Suzor, Jac-

quet, de Manet, à Mlle Bardy, chefs et anciens chefs de clinique à Tarnier, pour l'accueil bienveillant qu'ils nous ont réservé.

Nous n'oublions pas non plus l'amitié que nous ont témoignée Mlle Dévelay, M. Bompart, M. Canonne, internes des hôpitaux, M. de Traverse, Professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand, MM. les docteurs Détrieux, Govaerts et Pougin, moniteur et assistants à la clinique Tarnier.

A tous nos amis de la clinique Tarnier nous gardons une grande reconnaissance.

---

## INTRODUCTION

---

Les auteurs qui, depuis plusieurs années, se sont occupés de la valeur de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang du cordon ombilical arrivent à des conclusions assez discordantes.

Les opinions les plus contradictoires ont été énoncées. Pour ne citer que les plus extrêmes nous signalerons celle de Trillat et Roussel qui trouvent concordance absolue entre les résultats fournis par le sang maternel et par le sang funiculaire, ces résultats étant eux-mêmes confirmés par la clinique. Conclusion : la réaction de Bordet-Wassermann peut-être pratiquée avantageusement dans le sang du cordon pour la recherche de la syphilis au moment de l'accouchement.

Williams, lui, aurait remarqué que cette réaction ne concorde pas toujours avec la clinique ; il en conclut qu'elle n'a pas de valeur. Son opinion repose sur l'examen d'une statistique, impressionnante comme toutes les statistiques américaines par le nombre d'observations étudiées : plus de 5000. Il aurait vu des enfants qui, présentant à leur naissance une réaction positive, auraient présenté une réaction négative dans le courant de la première année sans avoir la moindre manifesta-

tion clinique de syphilis. D'autres enfants au contraire dont la réaction était négative à la naissance voyaient cette réaction devenir positive, tandis qu'apparaissaient des signes de syphilis congénitale.

Entre ces deux opinions si nettement opposées nous en rencontrons d'autres plus modérées, telle celle de Chappaz qui constate des contradictions entre le sang de la mère et le sang du cordon ; sur 58 cas contradictoires, 53 fois les réactions étaient positives dans le sang de la mère et négatives dans le sang du cordon tandis qu'elles n'étaient que 5 fois négatives dans le sang de la mère et positives dans le sang du cordon. Il ne tente pas d'expliquer ces faits et en conclut également que le sang du cordon ne peut être utilisé.

M. Laffont, plus électricque encore, a observé les mêmes contradictions. En étudiant de près ces cas, rares il est vrai, de réaction négative dans le sang maternel et positive dans le sang funiculaire il a reconnu que l'on pouvait toujours relever dans les antécédents de telles femmes l'expulsion de fœtus morts et macérés, ce qui laisse fortement présumer la syphilis. Il a reconnu également que chez ces femmes la valeur de la réaction est abaissée (le pourcentage de réactions positives chez des syphilitiques avérées qui ont de pareils antécédents n'atteint que 35 % alors qu'il atteint 56 % pour l'ensemble des autres malades certainement atteintes de syphilis). Il explique cet abaissement de la valeur de la réaction chez les femmes ayant expulsé des macérés par un état d'anergie syphilitique.

Mais ces deux derniers auteurs chaque fois qu'ils ont

obtenu une réaction positive soit simultanément dans le sang maternel et le sang funiculaire, soit seulement dans l'un des deux, ont toujours pu faire la preuve de l'infection syphilitique par une de ses manifestations maternelles, fœtales et ovulaires tandis qu'ils n'ont jamais, comme Williams, trouvé de réaction positive dans le sang du cordon ombilical d'enfants qui se révélèrent par la suite indemnes de toute syphilis décelable par la clinique ou les examens de laboratoire.

D'autres auteurs, et en particulier des Allemands, comme Harold Boaz et Gammeltoft comparant le sang veineux prélevé au pli du coude et le sang rétroplacentaire recueilli au moment de la délivrance dans la poche formée par les membranes retournées, ont constaté l'existence de différences notables entre leurs réactions.

Or si le sang veineux et le sang rétroplacentaire, sangs identiques par définition puisque de même origine, circulant uniquement dans l'organisme maternel, offrent des réactions de sens contraire, quelles différences ne doit-on pas s'attendre à observer entre les réactions fournies par le sang du cordon ombilical, sang fœtal, et le sang prélevé au pli du coude, sang maternel, ces deux sangs étant d'origine différente, toujours séparés l'un de l'autre par la couche de revêtement des villosités choriales ?

Ces différences sont bien moins sensibles qu'on ne serait tenté de le supposer ; telle est du moins l'impression que nous gardons de l'examen des cas qu'il nous a été donné d'observer.

Mais l'étude de la réaction dans le sang du cordon aurait été incomplète si elle n'avait été accompagnée de son étude comparative dans le sang de la mère, faite par de nombreux auteurs depuis plusieurs années déjà, et surtout suivie de l'étude des réactions dans le sang de l'enfant dès les premiers jours, les premiers mois et si possible durant toute la première année de son existence. A peine ébauchée jusqu'ici, du moins en France, l'étude du sang de l'enfant, qui constitue une des parties originales de ce travail, était à l'étude du sang du cordon le complément que nous jugions indispensable.

---

## TECHNIQUE

---

Nous nous sommes donc efforcé à la consultation des femmes enceintes de la Clinique Tarnier où nous appelaient nos fonctions de repérer des femmes syphilitiques, de les suivre pendant toute la durée de leur grossesse tant au point de vue clinique que sérologique et de recueillir, au moment de l'accouchement, leur sang, le sang du cordon et le sang de leur enfant nouveau-né. Pendant la grossesse nous n'avons pas manqué chaque fois qu'il n'était pas trop tard pour que le fœtus en retirât un profit d'ordonner à ces malades un traitement antisyphilitique et de veiller à sa stricte application.

Des malades ainsi distinguées, en général vers la fin de la première moitié de leur grossesse, bien peu nous fournirent un sujet d'étude complet, et ceci pour de multiples raisons, dont une des plus importantes est que beaucoup parmi elles firent une fausse couche ou accouchèrent de fœtus morts et macérés.

Les sangs ont tous été examinés selon deux techniques au moins, celle de Wassermann type et celle de Desmoulière ; parfois à ces deux techniques s'ajoutent

celles de Hecht, de Kahn et de Vernes. Nous verrons plus loin qu'il y a une remarque à faire sur les résultats de la technique de Desmoulière dans le sang du cordon.

Il fut facile de pratiquer plusieurs fois la réaction chez les mères, d'abord dès qu'elles furent reconnues syphilitiques, puis pendant leur traitement, quand il y en eut, enfin quelques minutes après l'accouchement et souvent même une dernière fois quelques semaines ou quelques mois plus tard.

Pour le sang du cordon nous nous sommes bien trouvé de le recueillir dans des tubes de verre enduits de paraffine. Cette pratique nous fut conseillée par M. Hinglais qui l'emploie depuis deux ans après avoir soigneusement étudié si la présence de paraffine sur les parois du tube ne trouble pas la réaction ; il a démontré qu'à condition d'employer de la paraffine neuve et stérilisée, déposée aseptiquement dans des tubes préalablement nettoyés et stérilisés, son emploi n'offre que des avantages : le caillot se détache facilement des parois du tube, le sérum est plus abondant, plus limpide et moins coloré ce qui facilite les examens de laboratoires sans fausser les résultats.

Quant au sang de l'enfant nous fûmes au début assez embarrassé. La sérologie du nourrisson est encore très mal connue. On s'est borné jusqu'ici pour le dépistage de la syphilis chez les enfants de cet âge, aux symptômes cliniques qu'ils pouvaient présenter et surtout, beaucoup plus souvent, aux symptômes que présentaient

leur parents, en particulier leurs mères, et aux réactions sérologiques pratiquées chez ces dernières. Si nous recherchons les raisons de cette abstention presque systématique d'épreuve sérologique chez le nourrisson nous pouvons en découvrir plusieurs dont la plus importante semble être la difficulté de faire des prélèvements sanguins à des enfants si petits.

De nombreuses méthodes en effet ont été proposées pour recueillir le sang du nourrisson ; le nombre élevé de ces méthodes prouve qu'aucune n'a assez d'avantages sur les autres pour s'imposer. La ponction des veines du pli du coude est impossible ; la ponction de la jugulaire externe est une opération assez facile chez le nouveau-né, mais trop délicate cependant pour être pratiquée de façon systématique dans un but de diagnostic, à plus forte raison de simple dépistage de la syphilis. A notre avis cette méthode doit être réservée au thérapeute pour les cas où il doit frapper vite et fort.

Deux autres réservoirs sanguins seulement restent à la disposition du sérologiste, les veines épicroaniennes, le sinus longitudinal supérieur. Mais si la ponction des veines épicroaniennes, si souvent dilatées dans cette affection, est relativement facile chez le nouveau-né manifestement chez le syphilitique, elle n'en reste pas moins difficile, sinon impossible chez l'enfant qui à sa naissance paraît indemne bien qu'il soit issu de parents syphilitiques. Cette méthode ne paraît donc pas susceptible d'être appliquée d'une façon systématique pour la recherche d'une syphilis peu active. La ponction du

sinus longitudinal supérieur d'après les cliniciens qui la pratiquent fréquemment est absolument inoffensive. Mais ce procédé, outre qu'il exige une certaine habitude de la part du médecin qui l'emploie, est trop impressionnant pour être facilement accepté par la plupart des parents.

Reste la ventouse scarifiée. Pratiqué avec une ventouse ordinaire, chauffée au moyen d'un tampon de coton imbibé d'alcool et enflammé, ce procédé ne donne pas de bons résultats, les vapeurs d'alcool toujours emprisonnées dans la ventouse produisant fatalement l'hémolyse du sang. Nous essayâmes la ventouse sans feu, où le vide est obtenu au moyen d'une pompe. Cet artifice nous donna deux avantages dont le premier fut de recueillir du sang qui ne s'hémolysant pas se prêtait bien aux examens de laboratoire et dont le second fut que la ventouse pouvait être appliquée et fonctionner malgré les mouvements impossibles à éviter chez un nouveau-né, mouvements qui en plissant la peau si peu adhérente aux plans musculaires à cet âge laissaient entrer l'air ambiant et avec la ventouse ordinaire faisaient cesser l'aspiration trop souvent avant que le sang ait pu s'écouler en quantité suffisante. Avec la ventouse à pompe au contraire, même s'il y a de petites pénétrations de l'air extérieur à l'intérieur de la cloche on peut maintenir une aspiration convenable aussi longtemps que l'on veut : il suffit de faire fonctionner la pompe.

Voulant voir si la matière sébacée que l'on trouve toujours sur le corps du nouveau-né en assez grande quantité ou si la lymphe qui se mélange toujours au sang obtenu par scarification cutanée ne viendraient pas modifier les réactions, une dizaine de fois nous avons prélevé du sang par ventouse et par ponction du sinus simultanément chez le même enfant ; les résultats ont toujours été concordants si bien que par la suite nous avons complètement abandonné la ponction du sinus.

Enfin une question importante se posait : à quel moment fallait-il prélever le sang ? *A priori* il semblait que pour pouvoir comparer utilement les séro-réactions dans le sang du cordon et dans le sang de l'enfant il fallait s'efforcer de réunir le plus possible de points communs parmi lesquels devait figurer la date du prélèvement du sang ; donc prélever le sang le plus tôt possible après la naissance. Mais certains auteurs, en particulier Mlle Sabin (*Annales des Maladies Vénériennes*, 1913) se sont aperçus que la réaction de Wassermann chez le nouveau-né était rarement positive, qu'elle l'était beaucoup plus fréquemment plus tard, comme s'il fallait un certain laps de temps pour que la réaction acquière sa véritable signification. Là encore nous avons dû faire quelques essais pour vérifier cette assertion et sur quelques sujets nous avons prélevé du sang le jour de la naissance et une dizaine de jours, parfois un mois ou six semaines plus tard : il nous a bien semblé en effet

que dans le sang prélevé aussitôt après la naissance la réaction était moins intense que dans le sang prélevé plus tard.

Admettre ce retard à l'apparition de la réaction, c'était créer un argument contre la valeur de la réaction dans le sang du cordon. En effet s'il est vrai que chez un enfant, né de mère spécifique, spécifique lui-même, la réaction sera positive à l'âge d'un mois par exemple mais sera négative les premiers jours de l'existence, comment peut-on espérer trouver cette réaction positive dans le sang du cordon, alors qu'au même moment elle est encore négative dans le sang de la circulation générale ? Nous verrons plus loin ce que nous avons pu observer dans cet ordre d'idées laissant à de plus qualifiés que nous le soin d'interpréter les faits.

Il est arrivé que des femmes que nous avons remarquées comme syphilitiques dans l'intention d'examiner le sang de leur enfant et de son cordon ombilical accouchent d'enfants vivants mais qui moururent après quelques inspirations ou d'hydrocéphales à qui l'on dut faire une basiotripsie. Dans ces cas, séance tenante, nous prélevâmes du sang par ponction cardiaque quelques instants seulement après la mort. Mais nous avons écarté systématiquement les cas où le sang fut recueilli plus de quelques minutes au maximum après la mort du fœtus ; on sait en effet que la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée sur le sang de cadavres perd toute spécificité et se trouve fréquemment positive en dehors de la syphilis.

## DISCUSSION DES FAITS

---

En un an dans un service d'accouchements, aussi important que la Clinique Tarnier nous n'avons pu réunir que 45 observations. Ce nombre paraît peu élevé en regard du nombre de femmes qui y accouchent en une année ; mais en étudiant les observations de toutes les femmes qui ont accouché pendant cette période on s'aperçoit que 80 environ auraient encore pu être ajoutées aux nôtres.

Soit qu'elles ne soient pas venues consulter pendant leur grossesse, soit que notre attention n'ait pas été attirée en temps opportun sur leur affection, ces femmes ont accouché et quitté la clinique sans que nous ayons pu examiner le sang de leur enfant et celui du cordon. En les ajoutant à nos 43 malades nous obtenons un chiffre voisin de 120, ce qui nous donne sur 2400 nouvelles accouchées, environ 5 % de Wassermann positifs, pourcentage analogue à celui publié par M. Brindeau (Académie de Médecine, 20 mars 1923).

Malheureusement chez ces 45 malades nous n'avons pas pu obtenir toujours le sang du cordon ; quelquefois il ne s'est pas écoulé en quantité suffisante, quelquefois, il faut bien le dire, préoccupés de ranimer

l'enfant nous avons oublié de prélever le sang immédiatement et quelques minutes après il était trop tard. D'autres fois enfin nous nous sommes trouvé en présence de femmes qui ne furent reconnues syphilitiques que par une des manifestations post-natales de cette affection : placenta volumineux ou état pathologique du nouveau né, par conséquent encore trop tard pour que le sang du cordon puisse être recueilli et examiné.

Nous déplorons enfin que beaucoup de nos examens sanguins pratiqués au moment de l'accouchement perdent une grande partie de leur valeur du fait du traitement qu'en conscience, et quoiqu'il en coûte à la curiosité du sérologiste, nous étions obligé de prescrire à ces malades ; en effet le Bordet-Wassermann positif chez la future mère au début du traitement était devenu totalement ou partiellement négatif au moment de l'accouchement ; comment s'étonner dans ces cas qu'il en soit advenu de même du sang du cordon ?

Au cours des résultats un premier fait nous a frappé : le Desmoulière est presque toujours nul dans le sang du cordon. Chappaz (*Gynécologie et Obstétrique*, 1928) a fait une remarque analogue pour le Hecht. Est-ce dû à des propriétés physico-chimiques particulières ? Nous laissons aux sérologistes le soin d'expliquer ces faits d'expérience.

---

## I. — SANG DE LA MÈRE ET SANG DU CORDON

---

Nous avons examiné le sang du cordon de 25 femmes toutes presque certainement syphilitiques. D'après l'intensité de leurs réactions sérologiques nous avons classé ces femmes en trois groupes. Dans le premier groupe figurent toutes les malades qui, à un moment donné de leur grossesse, eurent une réaction de Bordet-Wassermann type totalement positive.

Dans le second figurent celles qui avec un Bordet-Wassermann-type partiellement positif ou très suspect eurent une réaction de Desmoulière totalement positive.

Le troisième groupe comprend les femmes chez qui le Bordet-Wassermann-type fut faiblement positif ou négatif et le Desmoulière partiellement positif.

Dans le premier groupe figurent les femmes qui à un « moment donné » de leur grossesse eurent une réaction de Bordet-Wassermann-type totalement positive. Cette restriction à « un moment donné » a été introduite parce que, dans ce groupe, à côté de femmes dont le Bordet-Wassermann était totalement positif pendant

leur grossesse et au moment de l'accouchement, figurent d'autres femmes dont le Bordet-Wassermann totalement positif pendant leur grossesse ne l'était plus au moment de l'accouchement ; ces femmes avaient été traitées pendant la fin de leur grossesse et leur réaction de Bordet-Wassermann de totalement positive à l'origine était devenue partiellement positive seulement.

Ce traitement a eu une influence sur la sérologie du cordon en même temps que sur celle de la mère. En effet toutes les femmes non traitées à Bordet-Wassermann positif ou dont le traitement insuffisant ou trop tardif n'atténue pas le Bordet-Wassermann positif donnèrent un sang funiculaire dans lequel la réaction fut nettement positive ; au contraire les femmes à Wassermann totalement positif à l'origine et qui furent traitées assez énergiquement et assez longtemps pour présenter une réaction négative ou faiblement positive au moment de l'accouchement eurent également une réaction négative dans le sang du cordon.

Mais ce traitement subi par la mère a-t-il eu la même action bienfaisante sur l'enfant ? Oui, puisque la grossesse fut menée à terme et que l'enfant, doué d'une constitution normale, naquit vivant.

A-t-il réussi à préserver totalement l'enfant des atteintes de l'affection ? Il est difficile de le dire actuellement : ces enfants cliniquement sains avaient à la naissance un Bordet-Wassermann négatif, mais on voit que fréquemment le Bordet-Wassermann négatif à la naissance devient positif plus tard, en même temps qu'apparaissent des manifestations cliniques de syphilis.

Ces observations sont trop récentes pour être instructives à ce point de vue.

Il est intéressant de remarquer que presque toutes les femmes de ce groupe étaient des primipares et qu'elles avaient contracté elles-mêmes la syphilis, tandis que les femmes du groupe suivant, pour la plupart multipares étaient atteintes de syphilis héréditaire. La réaction de Desmoulière en tant que moyen de diagnostic de la syphilis héréditaire est ici particulièrement précieuse.

A ce propos nous signalons en passant que dans nos observations de syphilis acquise la proportion d'enfants nés vivants et à terme est plus grande que dans nos observations de syphilis héréditaire. Ces faits sont en contradiction avec la règle généralement admise que les grossesses tendent à être normales comme durée et que le produit lui-même tend à être cliniquement indemne à mesure que la date de l'infection maternelle tend à s'éloigner.

La comparaison de quelques statistiques mettra mieux en évidence ce paradoxe apparent.

La mortalité infantile et fœtale pour la syphilis acquise oscille entre 40 et 60 %.

Une des statistiques les plus connues, celle de Fournier portant sur 85 cas de grossesse coïncidant avec la syphilis donne :

27 enfants vivants ;

58 grossesses terminées par avortements, accouchements prématurés ou mort de l'enfant à la naissance ou peu de temps après.

La statistique de M. Montlaur donne sur 77 grossesses :

38 cas de survie ;

39 cas de mort.

Celle de Leredde et Drouet, sur 1000 grossesses :

592 cas de survie ;

408 cas de mort.

Pour la syphilis héréditaire, Potelune trouve sur 331 grossesses :

39 cas de survie ;

292 cas de mort.

Si nous rapprochons de cette dernière statistique les observations de nos malades du deuxième groupe (femmes à Wassermann partiellement positif et à Desmoulières totalement positif), nous constatons que sur 5 accouchements nous n'avons que deux enfants encore vivants le dixième jour : un est mort à 5 jours après une hématomérose, un autre, né prématurément, n'a vécu que quelques heures, le troisième, hydrocéphale, a dû subir une basiotripsie. Et les grossesses antérieures de ces femmes n'avaient pas donné de meilleurs résultats ; à elles cinq elles eurent 19 grossesses, qui ne donnèrent que 4 enfants vivants et 16 cas de mort du produit de conception.

La raison de cette anomalie nous semble venir du fait que les manifestations de l'infection, plus frappantes dans la syphilis acquise que dans la syphilis héréditaire, sont plus fréquemment et mieux traitées.

Enfin Hutinel a montré que l'action nocive de la syphilis héréditaire, action qui débute déjà avant la naissance de la future mère, s'exerce avec élection sur les glandes à sécrétion interne, l'ovaire en particulier ; celui ci ne produira donc que des ovules altérés, débilités, dont la fécondation sera difficile, dont la greffe dans l'utérus sera imparfaite, fragile, dont le développement ne pourra être mené à bonne fin ; en conséquence, les avortements, accouchements prématurés, malformations fœtales seront plus fréquentes dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise qui n'a pas imprégné si fortement les différentes glandes de l'organisme maternel.

Quant au sang du cordon, d'après les résultats trouvés dans le premier groupe, nous pouvons déduire que pour le deuxième groupe le Bordet Wassermann sera presque entièrement négatif. Nous avons en effet observé dans le premier groupe que le sang du cordon offrait presque les mêmes réactions que celui de la mère, donc le sang des mères du second groupe donnant une réaction de Wassermann type partiellement positive, le sang du cordon donnera aussi un Wassermann partiellement positif. La réaction de Desmoulière, elle, bien que positive dans le sang maternel, n'offrira que peu d'intérêt pour le sang funiculaire puisque nous savons déjà qu'elle y est presque toujours nulle.

Le troisième groupe qui ne comprend que des femmes à Wassermann très faiblement positif ou plus souvent négatif et à Desmoulières partiellement positif ne donne pour le sang du cordon que des réponses négatives.

Mais jamais, et ce fait mérite d'être souligné, nous n'avons constaté dans ces deux derniers groupes une réaction positive dans le sang du cordon et négative dans le sang de la mère; ainsi nous n'avons pu vérifier l'hypothèse formulée par Laffont à propos de pareils cas qu'il aurait rencontrés fréquemment. Rappelons que Laffont a remarqué que l'on pouvait toujours dans ces cas relever chez la mère l'expulsion antérieure d'enfants morts et macérés et qu'il tente d'expliquer la négativité de ces réactions par un état d'anergie syphilitique chez des femmes manifestement syphilitiques. Dans de tels cas les réactions fournies par le sang funiculaire conserveraient toute leur valeur diagnostique.

Nous n'avons pu étudier ce côté pourtant très intéressant de la question parce que nous n'avons pas rencontré de réactions positives chez l'enfant et négatives chez la mère. En effet ne pouvant examiner systématiquement tous les sangs du cordon à cause du trop grand nombre d'examens que cela aurait nécessité, nous avons dû nous contenter de n'examiner le sang du cordon que lorsque nous avions des raisons de le croire positif, c'est-à-dire lorsque nous avions préalablement examiné le sang maternel et lorsque celui-ci était positif. Cependant devons-nous dire que parmi les femmes à réaction positive nous en avons rencontrées qui avaient auparavant expulsé des fœtus morts et macérés. Mais

le trop petit nombre de nos observations ne peut nous autoriser à généraliser et le fait de n'avoir que des réactions positives n'implique pas du tout que l'on ne puisse en rencontrer de négatives chez les femmes qui ont de tels antécédents. En effet Laffont ne conclut pas à la suppression totale de la valeur de la réaction, mais à son *abaissement* : il n'a relevé « dans le sang des femmes qui présentent de tels commémoratifs qu'un chiffre relativement faible de Wassermann positifs » ; mais il en a trouvé et si nos recherches avaient porté également sur les femmes à Wassermann négatif, nul doute que parmi celles-ci nous n'en ayons rencontrées qui n'aient eu les mêmes accidents dans leur passé.

---

## II. — SANG DE LA MÈRE. SANG DU CORDON ET SANG DE L'ENFANT

---

Les sangs soumis à l'examen proviennent de 30 femmes et de leurs enfants nouveau-nés. Pour en faciliter l'étude ils ont été classés, comme les cas du cordon en trois groupes d'après les réactions maternelles :

Wassermann totalement positif ;

Wassermann partiellement positif et Desmoulières totalement positif ;

Wassermann partiellement positif ou négatif et Desmoulières partiellement positif.

Dès l'abord une constatation s'impose : les réactions du sang du cordon sont plus voisines de celles de la mère que de celles de l'enfant. Sur 5 sangs du cordon à Wassermann positif les mères ont toutes les cinq un Wassermann positif, (soit 100 %) tandis que deux enfants seulement sur les cinq ont un Wassermann positif (soit 40 %). Constatation paradoxale puisque le sang du cordon est celui là même qui circule dans l'organisme de l'enfant et qu'il reste toujours séparé du sang maternel par la couche de cellules syncytiales, au travers de laquelle doivent se faire tous les échanges entre la mère

et l'enfant. Le sang du cordon se comporte comme si c'était le foie du fœtus et non le placenta qui constituait une barrière entre la mère et le fœtus, comme si le sang du cordon appartenait à la mère et non au fœtus.

Doit-on considérer l'enfant dans le sein de sa mère comme à la phase primaire de la maladie, phase où la réaction de Bordet Wassermann déjà positive dans le sérum de la partie malade (sérosité du chancre chez l'individu qui vient d'être contaminé, sang maternel pour l'enfant chez qui s'installe l'infection) reste encore négative dans les parties de l'organisme qui ne seront touchées qu'après la diffusion de l'agent infectant (sang du malade après le chancre, enfant né de mère syphilitique et dont la maladie ne se révélera que par des accidents secondaires).

Ceci n'est qu'une pure hypothèse ; mais n'a-t-on pas le droit de la formuler en considérant les travaux de M. Manouélian qui a mis en évidence des chancres typiques, contenant des tréponèmes, sur le cordon d'enfants dont les viscères et le foie en particulier ne laissaient voir aucune trace de spirochètes ?

On ne peut guère invoquer l'influence du traitement sur les réactions sérologiques de l'enfant : deux femmes traitées de même manière, pendant le même temps, présentent toutes deux au moment de l'accouchement des réactions totalement positives (Wassermann H0, Desmoulière H0) dans leur sang et dans le sang du cordon, l'enfant de l'une (Obs. III) a une réaction presque totalement positive (Wassermann H1, Desmoulières H0) l'enfant de l'autre (Obs. I) une réaction positive très

atténuée (Wassermann H6, Desmoulière H6) ; trois femmes (Obs. II, IV et V) très peu ou pas traitées, à réaction totalement positive (Wassermann H0, Desmoulière H0) accouchent d'enfants dont le premier a une réaction totalement positive (Wassermann H0, Desmoulière H0) (IV) le second une réaction négative (Wassermann H8, Desmoulière H8) (V) et le troisième une réaction positive atténuée  $W = H5$ ,  $D = H6$  (Obs. II).

Et ces enfants dont les réactions diffèrent à la naissance, que deviendront-ils ? Les uns, ceux qui présentent une réaction positive, sous l'influence d'un traitement énergique verront leur réaction s'atténuer et devenir négative ; les autres, abandonnés à eux-mêmes sur la foi de leur réaction négative verront au contraire celle-ci devenir positive.

Et ce n'est qu'en introduisant cette notion du traitement observé ou négligé que nous pouvons souscrire aux conclusions de Williams, mais chacun saisira combien ce facteur traitement change le sens des faits constatés.

Donc encore plus que chez l'adulte où une réaction de Wassermann négative n'élimine pas la possibilité de syphilis, une réaction négative chez un enfant né de mère suspecte ne doit autoriser à s'abstenir de tout traitement. Il ne faut pas oublier qu'il est aujourd'hui démontré que la réaction de Bordet Wassermann chez l'enfant demande parfois quelques semaines ou quelques mois pour devenir positive ; plusieurs de nos observations viennent à l'appui de cette constatation, nous n'en citerons qu'une particulièrement démonstra-

tive, celle de l'enfant André G... (Obs. XXXV) dont la mère avait au moment de l'accouchement une réaction de Wassermann à H4 et de Desmoulière à H0. Cette femme, IX pare, a six enfants vivants ; un (première grossesse) est mort à 3 mois 1/2 en nourrice ; la deuxième grossesse s'est terminée par un avortement de 3 mois ; la cinquième par l'expulsion d'un enfant mort-né. Sur les six enfants qui lui restent les trois aînés sont bien portants et ont un Wassermann totalement négatif ; le quatrième suspect de tuberculose est hospitalisé à San Salvador, sa réaction de Wassermann n'a pas été faite.

Après la naissance de ce quatrième enfant le mari aurait contracté la syphilis et aurait contaminé sa femme ; le cinquième enfant, âgé de 3 ans, paraît bien portant mais a un Wassermann partiellement positif.

Quant au sixième, celui qui nous intéresse, il paraît bien constitué à sa naissance, pèse 5.200 gr., son placenta 800 gr.

Quand l'enfant a 2 mois 1/2, un médecin consulté pour ictère lui ordonne des frictions mercurielles ; il lui aurait trouvé une grosse rate et un ventre étalé. Nous revoyons cet enfant deux fois à 5 et à 9 mois, il présente un front bombé, un nez légèrement en lorgnette, un gros ventre flasque, des ganglions inguinaux, un chapelet costal de la nervosité.

Ses réactions sérologiques donnent :

à l'âge de 8 jours : Wassermann H8  
Desmoulière H7

à l'âge de 5 mois : Wassermann H0

Desmoulière H3

à l'âge de 9 mois : Wassermann H0

Desmoulière H0

Jamais nous avons observé de réactions négatives chez la mère et positives chez l'enfant ; mais nous savons que cela s'est vu et nous connaissons les conclusions qui en ont été tirées.

Parfois nous avons observé des réactions positives chez la mère et négatives chez l'enfant à la naissance ; nous avons vu que le traitement de la mère ne doit avoir que peu d'influence sur la sérologie du nourrisson et que celui-ci peut voir sa réaction devenir positive assez tardivement. Souvent nous avons observé des réactions positives chez la mère et positives chez l'enfant.

La démonstration de la valeur d'une réaction positive chez l'adulte n'est plus à faire. La démonstration de la non-valeur de la réaction négative chez l'adulte pour écarter le diagnostic de syphilis n'est pas davantage à faire. Chez le nourrisson une réaction négative a encore moins de valeur que chez l'adulte pour écarter l'idée de spécificité puisque nous avons vu qu'une réaction, négative à la naissance, pouvait devenir positive plus tard.

Et chez le nourrisson une réaction positive a-t-elle autant de valeur que chez l'adulte ? Oui, évidemment puisque presque toujours la réaction positive chez l'enfant est accompagnée de réaction positive chez la mère.

De plus cette réaction positive n'est jamais chez lui l'unique manifestation de la syphilis, elle est toujours accompagnée d'un, si ce n'est de plusieurs autres signes généralement attribués à la syphilis ; sur 17 observations de nourrissons à Bordet-Wassermann positif nous avons rencontré 4 fois une grosse rate, preuve incontestée de syphilis, une fois du pemphigus, une fois des malformations multiples chez le nourrisson lui-même ; dans les antécédents maternels nous avons relevé 4 fois un ou plusieurs accouchements prématurés, une fois l'expulsion d'enfant macéré, 3 fois une polymortalité infantile nette, 3 fois de l'hydramios. Par contre, l'un des plus fréquents symptômes, les avortements antérieurs, n'a jamais été observé et l'hypertrophie placentaire, une seule fois.

---

## THÉRAPEUTIQUE

---

Du traitement de la femme enceinte et du nourrisson nous ne dirons rien, tout a déjà été dit.

Nous signalerons cependant un avortement que nous avons observé à la suite d'une injection de novarsénobenzol, étape initiale, pourtant prudente (0,15), d'une série qui dans la suite fut très bien tolérée. Mais il ne faut pas craindre d'employer ce médicament chez la femme enceinte ; l'avortement causé par son emploi est un accident quasi-exceptionnel qui ne doit pas entrer en ligne de compte devant les résultats merveilleux obtenus par ce médicament. Pour preuve nous ne ferons que citer cette statistique de Sauvage : avant son emploi, le traitement mercuriel et ioduré donnait une proportion de 25 enfants vivants seulement sur 100 grossesses. Depuis son emploi sur 100 grossesses bien traitées 92 enfants naissent vivants.

---

## OBSERVATIONS

---

### Sang de la mère et sang du cordon

*Premier groupe : Femmes à réaction de Bordet-Wassermann totalement positive.*

Obs. 1. — *Accouchement n° 957.*

Germaine B..., 17 ans, I pare.

Enceinte de 7 mois présente des plaques cutanéomuqueuses de la vulve et de la région périnéale.

Sang examiné au laboratoire central de Cochin :

Wassermann +++ ;

Kahn +++ ;

Hecht illisible (sérum anticomplémentaire) ;

Vernes à 13.

Traitement au novarsénobenzol et au bivatol combinés.

Guérison rapide des lésions.

Accouche à terme d'une fille bien constituée pesant 2780 gr.

Placenta chair à saucisse : 480. Quotient 1/6.

Le jour de l'accouchement les examens du sang pratiqués au laboratoire de la Clinique Tarnier donnent :

Pour la mère :

Wassermann H0 positif total ;

Desmoulières H0 positif total.

Pour le cordon :

Wassermann H0 positif total.

pour l'enfant âgé de 8 jours :

Wassermann H6 faiblement positif.

Pour l'enfant âgé de 5 semaines :

Wassermann H6 faiblement positif ;

Desmoulière H6 positif très atténué.

**Obs. II. — N° 633. Césarienne pour bassin généralement rétréci.**

Auréa D..., 22 ans, I pare.

Cypho-scoliose probablement d'origine rachitique, pas d'antécédents obstétricaux.

Au 8<sup>e</sup> mois et demi de la grossesse :

Wassermann +++ ;

Hecht + ;

Kahn ++.

N'a pas été traitée.

Le jour de l'accouchement :

Wassermann H0 positif total ;

Desmoulière H0 positif total.

Sang du cordon :

Wassermann H1 positif presque total ;

Desmoulière H5 positif très atténué.

Césarienne basse faite à terme, au début du travail, extraction d'un enfant bien constitué pesant 3.370 gr. placenta 600. Quotient 1/6.

Enfant âgé de 4 jours présentant une grosse rate :

Wassermann H5 positif très atténué ;

Desmoulières H6 positif très atténué,

Enfant âgé de 17 jours :

Wassermann ——+ ;

Hecht —++ ;

Kahn —++ ;

Vernes à 9.

**Obs. III.**

Madeleine H..., 27 ans, II pare.

Antécédents obstétricaux : accouchement naturel d'un garçon bien portant en 1926.

Chancre au début de la grossesse.

Traitée depuis le 7<sup>e</sup> mois 1/2 de la grossesse à Cochin pour des plaques muqueuses hypertrophiques végétantes péri-vulvaires.

Le jour de l'accouchement les examens du sang pratiqués au laboratoire de la Clinique Tarnier donnent :

Pour la mère :

Wassermann H0 positif total ;

Desmoulière H0 positif total ;

Pour le sang du cordon :

Wassermann H0 positif total ;

Desmoulière H6 positif très atténué.

Trois semaines après l'accouchement les examens donnent :

Pour la mère :

Wassermann H5 positif très atténué ;

Desmoulière H0 positif total.

Pour l'enfant :

Wassermann H1 positif presque total ;

Desmoulière H0 positif total.

**Obs. IV. — Accouchement n° 2274.**

Juliette K..., 19 ans, II pare.

Apparition d'un chancre typique vers le huitième mois de sa grossesse.

A ce moment la mère présente :

Wassermann +++ ;

Hecht +++ ;

Calmette +++ ;

Floculation 42.

Traitée au novarsénobenzol. Guérison rapide des lésions.  
Accouche à terme d'un enfant bien constitué pesant 3.470 gr. Placenta 570. Quotient 1/6.

Le jour de l'accouchement les examens pratiqués donnent :

Pour la mère :

Wassermann H0 positif total ;

Desmoulière H0 positif total.

Pour le cordon :

Wassermann H2 positif ;

Desmoulière H2 positif légèrement atténué.

Liquide amniotique :

Wassermann H2 positif.

Le 6<sup>e</sup> jour après l'accouchement l'examen du sang donne :

Pour l'enfant :

Wassermann H0 positif total ;

Desmoulière H0 positif total ;

Le 10<sup>e</sup> jour après l'accouchement l'examen donne :

Pour l'enfant :

Wassermann H0 positif total ;

Desmoulière H7 (sérum hémolysé) négatif.

**Obs. V. — Accouchement n° 2268.**

Suzanne M..., 34 ans, I pare.

Vient consulter enceinte de sept mois présentant de l'hydramios. Les réactions faites à ce moment donnent :

Pour la mère :

Wassermann +++ ;

Calmette +++ ;

Hecht +++ ;

Floculation 33.

Wassermann H0 positif total ;

Desmoulière H0 positif total ;

Traitement pendant 20 jours seulement, interrompu par l'accouchement prématuré à 8 mois. A ce moment :

Sang du cordon :

Wassermann H2 positif ;

Desmoulière H8 négatif.

Enfant né avant terme à 8 mois : aspect de petit vieux, gros foie, grosse rate. Poids 2100 gr. Placenta 400. Quotient 1/5.

A 7 jours :

Wassermann H8 négatif, sérum très hémolysé et très riche en pigments biliaires ;

Desmoulière H8 négatif.

A 12 jours :

Wassermann H6,5 négatif, sérum très hémolysé.

Desmoulière H7 négatif.

**Obs. VI. — Accouchement n° 541.**

Germaine P..., 33 ans, II pare.

Parents inconnus. Mari a une tuberculose laryngée.

Antécédents obstétricaux : première grossesse en 1926 ;

accouchement prématuré à 7 mois. Enfant décédé à 21 jours.

Pendant sa deuxième grossesse elle a de forts vomissements.

Vient consulter enceinte de 3 mois 1/2 présentant de l'hydramios. Les examens pratiqués à ce moment donnent :

Pour le sang de la mère :

Wassermann +++ ;

Hecht +++ ;

Desmoulière +++ ;

Floculation 7.

Traitée à partir du quatrième mois et demi de la grossesse au novarsénobenzol et au bismuth.

Accouche à terme d'un enfant bien constitué pesant 3.500 gr.

Placenta avec infiltrations calcaires : 550. Quotient 1/6.

Le jour de l'accouchement les examens pratiqués donnent :

Pour la mère :

Wassermann H7 négatif ;

Desmoulière H6 positif très atténué.

Pour le cordon :

Wassermann H8 négatif ;

Desmoulière H7,5 négatif.

Le 10<sup>e</sup> jour après l'accouchement l'examen du sang donne :

Pour l'enfant :

Wassermann H8 négatif ;

Desmoulière H8 négatif.

Obs. VII. — *Accouchement n° 1021.*

Hélène P., 23 ans, I pare.

En 1927 : apparition d'un chancre des grandes lèvres qui n'a pas été soigné. Deux mois après le chancre apparition d'une éruption rouge (pommelée sur fond blanc) qui dure au moins deux mois. Mal traitée à cette époque.

Vient consulter pour la première fois le 21 janvier 1929 enceinte de 5 mois (dernières règles du 11 au 17 août 1928).

L'examen du sang pratiqué à ce moment donne :

Pour la mère :

Wassermann +++.

Traitée aussitôt par une série complète de novarsénobenzol.

L'examen pratiqué après 8 injections de novar donne :

Pour la mère :

Wassermann H1 positif presque total ;

Desmoulière H1 positif.

Traitée ensuite par 7 injections de Quinby, jusqu'à la fin de sa grossesse.

Accouché à terme d'un garçon (11-6-29) paraissant bien constitué pesant 3.000 gr. Placenta 450. Quotient 1/6.

Le jour de l'accouchement les examens pratiqués donnent :

Pour la mère :

Wassermann H6,5 positif très atténué ;

Desmoulière H2 positif légèrement atténué.

Pour le cordon :

Wassermann H7 faible, très nettement.

Revue le 24-7-29, six semaines après son accouchement : apparitions de plaques muqueuses buccales. Une nouvelle série de novar est ordonnée.

Revue le 16-10-29 : allaitement cessé depuis 6 semaines.  
A beaucoup maigri.

*Enfant* né le 11-6-29 paraissant bien constitué pesant 3.000. B.-W. non fait à la naissance.

Revu à six semaines. Nourri au sein, courbe de poids régulière, bon aspect général, mais grosse rate et chapelet costal.

L'examen du sang prélevé à cette époque donne :

Wassermann négatif H8 { sérum très trouble ;  
Desmoulière négatif H8 { pas coloré.

Revu à 4 mois (octobre 1929) l'examen du sang prélevé donne :

Wassermann négatif H8 ;  
Desmoulière. négatif H7.

**Obs. VIII. — Accouchement n° 1792.**

Lucie T..., 32 ans, II pare.

Aurait eu un chancre à l'âge de 16 ans ?

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> grossesse en 1928 : Accouchement à terme d'un enfant mort-né ; 2<sup>e</sup> grossesse : Examen du sang fait au 8<sup>e</sup> mois donne :

Wassermann +++ ;

Hecht +++ ;

Calmette ++++ ;

Vernes 2 :

Kahn +++.

Traitée au novar à partir de ce moment. Reçoit avant l'accouchement 4 gr. 80 en 8 injections.

Accouche à terme d'une fille paraissant bien portante, pesant 2.950 gr. Placenta chair à saucisse, dégénérescence calcaire. 530 gr. Quotient 1/6.

Les examens du sang pratiqués le jour de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Hecht négatif ;

Kahn négatif.

Pour le cordon :

Hecht illisible ;

Vernes à 2 ;

Kahn faiblement positif.

Le 5<sup>e</sup> jour après l'accouchement les examens donnent :

Pour l'enfant :

Wassermann non fait { le sang ne rend  
Desmoulière non fait { pas de sérum.

**Deuxième groupe : Femmes présentant un Bor-**  
**det-Wassermann partiellement positif et un**  
**Desmoulière totalement positif.**

**Obs. IX. — Accouchement n° 395.**

Rose B..., 31 ans, II pare.

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> grossesse en 1920. Forceps pour gros enfant (5.000 gr.) actuellement bien portant ; 2<sup>e</sup> grossesse : Accouchement dystocique. Enfant hydrocéphale. Basiotripsie : ponction du crâne au trocart et écoulement de plus de 1.060 cm<sup>3</sup> de liquide. Poids de l'enfant 3.380 gr. ; Poids du placenta 500 ; quotient 1/6.

Les examens pratiqués le jour de l'accouchement donnent :

Pour le sang de la mère :

Wassermann H7,5 négatif ;

Desmoulière H0 positif total ;

Hecht — — — ;

Kahn — — —.

Pour le sang du cordon :

Wassermann H8 négatif ;

Desmoulière H7 négatif.

Pour l'enfant : Liquide céphalo-rachidien :

Wassermann H8 négatif ;

Desmoulière H8 négatif.

**Obs. X.** — Marie D..., 26 ans, II pare.

Antécédents obstétricaux : une fausse couche ; 2<sup>e</sup> grossesse : accouchement prématuré à 7 mois ; enfant qui fait quelques inspirations et meurt.

Les examens pratiqués le jour de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann suspect ;

Hecht légèrement positif ;

Desmoulière H0 positif total.

Pour le cordon :

Wassermann ———.

**Obs. XI.** — *Accouchement n° 1205.*

Lucienne D..., 30 ans, X pare.

Antécédents héréditaires : Mère morte au cours d'une fausse-couche. 3 collatéraux vivants bien portants. Père bien portant.

Antécédents personnels : atteinte de coxalgie droite opérée plusieurs fois.

Antécédents obstétricaux : depuis l'âge de 22 ans 10 fausses-couches entre 2<sup>e</sup> et 3 mois.

Aucun signe clinique de syphilis.

Accouche à terme d'un enfant paraissant bien constitué, pesant 3.250 gr. Placenta 520. Quotient 1/6.

Au moment de l'accouchement les examens pratiqués donnent :

Pour la mère :

Wassermann H6,5 très faiblement positif ;

Desmoulière H0 positif total ;

Wassermann suspect ;

Hecht suspect ;

Kahn négatif ;

Pour le cordon :

Wasserman H7 négatif ;

Desmoulière H7 négatif.

Enfant mort à 5 jours après hématomèse. A l'autopsie les différents appareils paraissent normaux, seule la rate est un peu grosse : 9 gr. 50. Il y a de nombreux et volumineux ganglions mésentériques. Le sang prélevé par ponction cardiaque trois heures après la mort est complètement hémolysé.

**Obs. XII. — Accouchement n° 1730.**

Jeanne D..., II pare.

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> grossesse : enfant mort pendant le travail (4250 gr.). Dentition suspecte ; rachitisme léger ; bassin généralement rétréci peu touché ; 2<sup>e</sup> grossesse : accouche à terme (symphyséotomie sous-cutanée à la Zarate, la tête restant élevée) d'un enfant vivant, pesant 3400 gr. Placenta 680. Quotient 1/5.

Les examens pratiqués au moment de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann H6,5 très faiblement positif ;

Desmoulière H0 positif total ;

Wassermann +++ ;

Hecht +++ ;

Kahn — — —.

Pour le cordon :

Wassermann H8 négatif ;

Desmoulière H7 négatif ;

Wassermann suspect ;

Hecht illisible ;

Kahn suspect — — —.

Sang prélevé à l'enfant à 10 jours, le caillot se rétracte mal et ne rend pas de sérum.

**Obs. XIII.** — *Accouchement n° 1716.*

Olga G..., 34 ans, IV pare.

Antécédents obstétricaux ; 2 fausses couches de 2 et 3 mois. Un accouchement à terme : enfant mort à 10 mois de gastro-entérite ; 4<sup>e</sup> grossesse : gémellaire bivitelline avec hydramios. Accouche au terme de 8 mois 1/2 de deux garçons, paraissant bien portants pesant 3250 et 2980. Placenta 950 (deux placentas séparés par un pont membraneux). Quotient 1/6.

Les examens pratiqués au moment de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann, partiellement positif ;

Hecht, partiellement positif ;

Kahn négatif.

Pour le cordon :

Hecht illisible ;

Wassermann très faiblement positif ;

Kahn négatif.

*Troisième groupe : Femmes chez qui le Bordet-Wassermann fut faiblement positif ou négatif et le Desmoulière partiellement positif.*

**Obs. XIV. —** *Accouchement n° 2205.*

Fernande B..., 32 ans, I pare.

Antécédents héréditaires : Père décédé des suites d'une opération au cou ?? Mère décédée à 57 ans d'une congestion pulmonaire. Dix collatéraux bien portants. Sept collatéraux décédés en nourrice.

Antécédents personnels : Perforation de la cloison nasale à 18 ans. Traitée à cette époque à St-Louis. Aurait eu un B.-W. négatif.

Traitée à nouveau au début de sa grossesse par le Quinby.

Accouche à 8 mois  $1/2$  d'un enfant en bon état pesant 3050. Placenta : 370. Quotient :  $1/8$ .

Les examens pratiqués au moment de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif H7,5 ;

Desmoulière positif atténué H3 ;

Pour le cordon :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière négatif H8 ;

Liquide amniotique :

Wassermann négatif H8.

**Obs. XV. —** *Accouchement n° 1866.*

Inès B..., II pare.

Grossesse gémellaire bi-vitelline avec hydramnios du 2<sup>e</sup> œuf. Accouche au terme de 8 mois : d'un garçon, né en bon état, pesant 2730, mort à 16 jours ; d'une fille, née en bon

état, pesant 2850, morte à 12 jours, après vomissements et chute de poids. Placenta bi-vitellin avec 2 masses distinctes pesant 1170. Quotient  $1/5$ .

Les examens pratiqués au moment de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière positif très atténué H5,5.

Pour le cordon :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière négatif H8.

Liquide amniotique :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière négatif H8.

**Obs. XVI. — Accouchement n° 1252**

Jeanne B..., 33 ans, IV pare.

Aurait eu un Wasserman positif.

Traitée en ville.

Les examens faits au moment de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière positif très atténué H6.

Pour le cordon :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière pas fait.

**Obs. XVII. — Accouchement n° 1526.**

Jeanne C..., 40 ans, IV pare.

Antécédents obstétricaux : 3 fausses couches.

Traitée.

Les examens pratiqués au moment de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

- Wassermann négatif ;
- Hecht négatif ;
- Calmette négatif ;
- Kahn négatif très légèrement suspect ;
- Vernes à 0.

Pour le cordon :

- Wassermann légèrement suspect ;
- Hecht illisible ;
- Calmette négatif ;
- Kahn négatif ;
- Vernes à 2.

**Obs. XVIII. — Accouchement n° 2386.**

Anna C., 27 ans, III pare.

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> grossesse : fausse-couche de 6 mois ; 2<sup>e</sup> grossesse : accouchement prématuré au terme de 8 mois, enfant mort à 8 mois d'une méningite ; 3<sup>e</sup> grossesse, l'actuelle.

Les examens pratiqués environ 2 mois avant l'accouchement donnent :

- Wassermann négatif H8 ;
- Desmoulière positif H1,5 ;

Accouche d'un garçon pesant 3190 gr.

Les examens pratiqués au moment de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

- Wassermann négatif H8 ;
- Desmoulière positif légèrement atténué H2 ;

Pour le cordon :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière négatif H8.

**Obs. XIX.** — *Accouchement n° 2252.*

Suzanne D..., 23 ans, IV pare.

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> grossesse : accouche à terme d'un garçon décédé de méningite à 2 mois 1/2 ; 2<sup>e</sup> grossesse : accouche à terme d'une fille décédée de méningite à 2 mois 1/2 ; 3<sup>e</sup> grossesse : accouche à terme d'un enfant décédé de broncho-pneumonie à 7 mois 1/2 ; 4<sup>e</sup> grossesse : malade traitée vers la fin de sa grossesse, accouche à terme d'un enfant, en bon état, pesant 3770 gr. Placenta 590. Quotient 1/6. L'enfant présente un ictère physiologique.

Les examens pratiqués au moment de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif H7 ;

Desmoulière positif atténué H3 ;

Pour le cordon :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière négatif H8.

**Obs. XX.** — *Accouchement n° 2.251.*

Marie G..., 24 ans. I pare.

Entre à la clinique pour hydramios aigu, dans le 5<sup>e</sup> mois de sa grossesse.

Expulsion de 2 fœtus de même sexe pesant 550 et 250 gr.

Placenta uni-vittelin mono-amniotique avec 2 nœuds sur les cordons.

Les examens pratiqués au moment de l'avortement donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif H8 ;  
Desmoulière négatif H6,5.

Pour le cordon :

Wassermann négatif H8 ;  
Desmoulières négatif H8 ;

Liquide amniotique :

Wassermann négatif, H8 ;  
Desmoulière négatif H8.

Pour l'enfant : Ponction cardiaque dès l'expulsion du fœtus ;

Wassermann négatif H8 ;  
Desmoulière négatif H8.

**Obs. XXI. — *Accouchement n° 552.***

Renée L..., 17 ans, 1/2. I pare.

Gémellaire. Les 2 enfants morts.

Accouchement naturel au terme de 6 mois 1/2 :

d'une fille (siège) qui n'a pu être ranimée : 1.330 gr.

d'une fille morte à quelques heures pesant 1650 gr.

Placenta bi-vitellin, bi-amniotique pesant 680.

Les examens pratiqués au moment de l'accouchement donnent :

pour la mère :

Wassermann négatif H8 ;  
Desmoulière positif atténué H3.

Pour le cordon :

Wassermann négatif H8 ;  
Desmoulière non fait.

**Obs. XXII. — *Accouchement n° 1675.***

Henriette M..., 32 ans. VI pare.

Antécédents obstétricaux : 3 fausses-couches, 2 enfants morts de méningite. Accouche à terme. Enfant pesant : 3-370. Placenta : 480. Quotient : 1/7.

Les examens pratiqués le jour de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Bauer-Hecht, négatif (avec 2 antigènes) ;  
Kahn négatif.

Pour le cordon :

Wassermann négatif ;  
Kahn négatif ;  
Vernes 2.

**Obs. XXIII. — *Accouchement n° 1253.***

Françoise S..., 23 ans. II pare.

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> grossesse terminée par un accouchement prématuré au terme de 6 mois 1/2. Enfant mort à 8 jours. Prise de sang faite à ce moment détermine un traitement au Quinby (66 injections en 2 ans).

2<sup>e</sup> grossesse : accouche à terme d'un garçon bien constitué pesant 3380 gr. Placenta : 530. Quotient : 1/6.

Les examens pratiqués au moment de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Hecht négatif ;  
Kahn négatif ;  
Wassermann négatif H7 ;  
Desmoulière positif atténué H4 ;

Pour le cordon :

Wassermann négatif H8 ;  
Desmoulière non fait.

Pour l'enfant :

Wassermann négatif H8 ;  
Desmoulière négatif H7.

Le sérum est très vilain, trouble, verdâtre, très chargé en pigments biliaires.

**Obs. XXIV. — Accouchement n° 2108.**

Marguerite T..., 36 ans, V pare.

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> grossesse ; accouchement prématuré au terme de 8 mois d'un enfant actuellement vivant ; délivrance artificielle, curetage vers le 7<sup>e</sup> jour.

2<sup>e</sup> grossesse : Accouchement à terme d'un enfant actuellement vivant (siège).

3<sup>e</sup> grossesse : Fausse-couche à 3 mois 1/2 (vomissements).

4<sup>e</sup> grossesse : Fausse-couche à 2 mois 1/2 (chute) ;

5<sup>e</sup> grossesse : Présente de l'hydramios.

L'examen pratiqué à ce moment donne :

Wassermann négatif H8 ;  
Hecht légèrement suspect ;  
Desmoulière positif H1.

Reçoit 3 injections de Quinby avant d'accoucher d'un enfant à terme qui est bien portant, pesant 3750 gr. Placenta 670. Quotient 1/6.

L'examen pratiqué à ce moment donne :

Pour le sang du cordon :

Wassermann négatif H8 ;  
Desmoulière négatif H8.

**Obs. XXIV bis. — *Accouchement n° 1779.***

Antoinette I..., 38 ans, III<sup>e</sup> pare.

Accouchement prématuré au terme de 8 mois de 2 jumeaux.

Les examens pratiqués au moment de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif;  
Hecht illisible;  
Vernes à 0 ;  
Kahn faiblement positif.

Pour le cordon :

Hecht illisible ;  
Vernes à 1 ;  
Kahn négatif.

---

## OBSERVATIONS

---

### Sang de la mère et sang de l'enfant

---

*Premier groupe* : Femmes présentant une réaction

Bordet-Wassermann totalement positif.

Obs. XXV. — *Accouchement n° 1639.*

Germaine D..., 23 ans, II pare.

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> grossesse : accouche à terme d'un enfant qui meurt à 3 mois d'entérite ; 2<sup>e</sup> grossesse : accouche à terme d'une fille pesant 4250 gr. Placenta volumineux : 1000. Quotient 1/4.

L'examen pratiqué le jour de l'accouchement donne :

Pour la mère :

Wassermann — ++ ;

Hecht +++ ;

Kahn — ++ ;

Vernes à 7.

L'enfant a des crises de cyanose, mais pousse très bien.

L'examen pratiqué 10 jours après l'accouchement donne :

Pour l'enfant :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière négatif H6 ;

Obs. XXVI. — Gab..., 26 ans, I pare.

Les examens pratiqués au moment de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann positif, sérum complètement hémolysé.

Pour l'enfant :

Wassermann positif total H0 ;

Desmoulière positif total H0 ;

Obs. XXVII. — Gr..., 30 ans, II pare.

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> grossesse en 1927, accouchement normal à terme.

En décembre 1927 plaques cutané-muqueuses anocutanéo-vulvaires. Vient consulter le 1<sup>er</sup> septembre 1928 enceinte de 8 mois. Reçoit 3 injections de cyanure et accouche prématurément le 7 septembre. Encore 2 injections de cyanure, et 8 de Biozan L'examen de sang à ce moment donne :

Pour la mère :

Wassermann positif total H0 ;

L'enfant est un garçon débile avec un thorax étroit, un appendice xyphoïde très saillant en avant paraissant relevé, le ventre est énorme, étalé, la musculature abdominale paraissant absente ; muscles droits médiocres, transverses nuls. Foie et rate très hypertrophiés ; membres très grêles ; tête énorme, fontanelle très large.

Le sang prélevé par ponction du sinus à l'âge de 15 jours donne :

Wassermann positif total H0 ;

Desmoulière positif total H0 ;

L'enfant meurt à 3 semaines.

**Obs. XXVIII.** — *Accouchement n° 1296.*

Edith H..., 29 ans. II pare.

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> grossesse : accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant mort-né ; 2<sup>e</sup> grossesse : vient consulter à 7 mois et 1/2 présentant de l'hydramios.

L'examen du sang pratiqué à ce moment donne :

Wassermann +++ ;

Kahn +++ ;

Hecht illisible sérum anticomplémentaire ;

Vernes à 12.

Accouche à terme d'un enfant pesant 2900 gr.

Placenta : 610. Quotient 1/5.

Les examens pratiqués dans le sang le jour de l'accouchement donnent :

Pour l'enfant :

Wassermann positif total H0 ;

Desmoulière positif total H0 ;

**Obs. XXIX.** — *Accouchement n° 2180.*

Renée M..., 23 ans. I pare.

Les examens pratiqués au moment de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Hecht —++ ;

Wassermann +++ ;

Calmette +++ ;

Floculation 4.

Pour l'enfant :

Agé de 10 jours :

Wassermann faiblement positif H6 ;

Desmoulière négatif H7. Sang très hémolysé.

**Deuxième groupe : Femmes présentant un Bordet-Wassermann partiellement positif et un Desmoulière totalement positif.**

**Obs. XXX.** — Yvette A..., 22 ans. I pare.

La mère ne présente aucun signe de spécificité.

Accouche à terme d'un enfant pesant 3150 qui présente 4 jours après sa naissance des bulles de pemphigus palmaires et plantaires, qui guérissent rapidement au sulfarsénol.

Les examens pratiqués 10 jours après l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif H8 ;  
Desmoulière positif total H0 ;

Pour l'enfant :

Wassermann négatif H8 ;  
Desmoulière positif très atténué H5.

**Obs. XXXI.** — *Accouchement n° 200.*

Hélène B..., 31 ans. III pare.

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> grossesses : accouchements normaux, enfants vivants, bien portants ; 3<sup>e</sup> grossesse : le mari présente un chancre 2 mois avant l'accouchement. Accouche d'une fille (à terme) bien constituée pesant 2650. Placenta 360. Quotient 1/7.

Les examens pratiqués 10 jours après la naissance de l'enfant donnent :

Pour la mère :

Wassermann positif très atténué H5 ;  
Desmoulière positif total H0.

Pour l'enfant :

Wassermann positif atténué H4 ;

Desmoulière positif total H0.

**Obs. XXXII. — *Accouchement n° 2081.***

Marie C..., 32 ans, II pare.

Antécédents obstétricaux : une fausse couche de 3 m. 1/2.

2<sup>e</sup> grossesse : accouchement artificiel à terme pour lenteur de travail (incision du col et forceps). Garçon pesant 4340 gr. Placenta 670. Quotient 1/6.

Enfant présentant une paralysie radiale gauche ; l'examen électrique pratiqué à 12 jours tend à établir qu'il s'agit d'une lésion déjà ancienne. Tuméfaction brachiale cutanée : diagnostic posé : gomme syphilitique.

Les examens pratiqués 20 jours après l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann très faiblement positif H6,5 ;

Desmoulière positif total H0.

Pour l'enfant :

Wassermann très faiblement positif H6,5 ;

Desmoulière positif très atténué H6.

**Obs. XXXIII. — *Accouchement n° 2226.***

Denise D..., 20 ans. I pare.

Antécédents personnels : déformation du coccyx ; dents d'Hutchinson, surdité ; syphilis héréditaire. Accouche à terme d'un garçon bien constitué pesant 3150 gr. Placenta 500. Quotient 1/6.

Les examens pratiqués 5 jours après l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif H7,5 ;

Desmoulière positif total H0.

Pour l'enfant :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière positif très atténué H6.

Les examens pratiqués 7 mois 1/2 après l'accouchement donnent :

Pour l'enfant :

Wassermann négatif H7 faible ;

Desmoulière positif très atténué H6.

**Obs. XXIV. —** *Accouchement n° 2353.*

Gar..., 27 ans. I pare.

Mère présente un ulcère variqueux à la jambe.

Les examens pratiqués au moment de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif H8 ;

Hecht suspect ;

Desmoulière positif total H0.

Pour l'enfant :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière négatif H8.

**Obs. XXXV. —** *Accouchement n° 135.*

Eugénie G..., IX pare (déjà citée voir page 35).

**Obs. XXXVI. —** *Opération n° 2.393.*

Lucienne L..., 33 ans, I pare.

Hérédo syphilitique certaine : femme rachitique, tibias en lame de sabre, a marché pour la première fois à 33 mois. Vient consulter enceinte de 7 mois présentant de l'hydramnios.

L'examen fait à ce moment donne :

Wassermann négatif H7 ;

Desmoulière positif total H0.

Césarienne faite à terme pour bassin généralement rétréci. Extraction d'une fille bien constituée pesant 2.500 gr. Placenta 370. Quotient 1/7.

Les examens pratiqués 2 jours après la naissance donnent :

Pour l'enfant :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière négatif H8.

Les examens pratiqués 15 jours après la naissance donnent :

Pour l'enfant :

Wassermann négatif H7 :

Desmoulière positif très atténué H5.

Revu l'enfant à l'âge de 6 mois. Elle ne présente pas de signes de syphilis et est en bon état général.

**Obs. XXXVII. —** *Accouchement n° 2135.*

Madeleine S..., 32 ans, I pare.

Antécédents héréditaires : père mort subitement la nuit de cause ignorée. Mère bien portante, a eu plusieurs fausses-couches.

Antécédents personnels : Rhumatisme articulaire aigu.

Entre à la clinique enceinte de 8 mois 1/2 pour mauvais état général, amaigrissement, anémie.

Les examens pratiqués à ce moment donnent :

Wassermann légèrement positif ;  
Hecht faiblement positif ;  
Calmette faiblement positif ;  
Kahn négatif ;  
Floculation 3.

Pas de traitement antisyphilitique.

Accouche à terme (forceps Tarnier) d'un garçon pesant 2320 gr. Placenta 470. Quotient 1/5.

Les examens pratiqués le jour de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann positif atténué H3 ;  
Desmoulière positif total H0.

Les examens pratiqués 10 jours après l'accouchement donnent :

Pour l'enfant :

Wassermann négatif H8 ;  
Desmoulière négatif H8.

Les examens pratiqués 6 semaines après l'accouchement donnent :

Pour le sang de l'enfant prélevé par ponction du sinus :

Wassermann négatif H7 ;  
Desmoulière positif très atténué H6.

Pour le sang de l'enfant prélevé par ventouse :

Wassermann négatif H7,5 ;  
Desmoulière négatif H6,5.

*Troisième groupe : Femmes chez qui le Bordet-Wassermann fut faiblement positif ou négatif et le Desmoulière partiellement positif.*

**Obs. XXXVIII. —** *Accouchement n° 512 bis.*

Marie B..., 20 ans. II pare.

Mère n'a aucun antécédent de syphilis.

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> grossesse : normale, accouche à terme d'un enfant pesant 3200 gr. qui meurt à 9 mois de broncho-pneumonie ; 2<sup>e</sup> grossesse : normale, accouchement à terme d'un enfant pesant 3450 gr. Placenta 880. Quotient 1/4.

L'enfant présente le jour de sa naissance un ictère très foncé. Les urines sont très colorées, acajou, les selles encore mélangées de méconium. Gros foie, grosse rate.

Les examens pratiqués 5 jours après l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif H7,5 ;

Desmoulière positif légèrement atténué H2.

Pour l'enfant :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière positif légèrement atténué H2 ;

Lecture très difficile, sérum très coloré.

La courbe de poids est régulièrement ascendante ; l'ictère pâlit très lentement. Les téguments restent blancs.

Numération globulaire : 1.300.000 globules rouges, présence d'hématies nucléées.

**Obs. XXXIX. —** Béd..., 27 ans, III pare.

Antécédents obstétricaux : 1 fausse-couche à 2 mois 1/2, 1 fausse-couché à 3 mois 1/2.

Traitée au novar puis au sulfar, mais le traitement est arrêté à cause d'accidents d'intolérance. Non traitée depuis 6 mois. Accouche à terme.

Les examens pratiqués le jour de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif H7 ;

Desmoulière positif légèrement atténué H2.

Les examens pratiqués 9 mois 1/2 après l'accouchement donnent :

Pour l'enfant :

Wassermann négatif H7,5

Desmoulière positif H1.

**Obs. XL. — Accouchement n° 1218.**

Simonne B..., 25 ans, I pare.

Entre à la clinique enceinte de 6 mois 1/2 présentant de l'hydramios aigu ; expulsion d'un enfant qui meurt après quelques inspirations. Poids 1120. Placenta 380. Quotient 1/3. 6 litres de liquide amniotique.

Les examens pratiqués le jour de l'accouchement donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif ;

Kahn négatif ;

Hecht négatif ;

Pour le fœtus :

Wassermann négatif H7 ;

Desmoulière négatif H6.

**Obs. XLI. — Accouchement n° 381.**

Suzanne C..., 23 ans. II pare.

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> grossesse : accouche à

terme d'un enfant pesant 4000 gr. qui meurt à 13 jours de congestion pulmonaire ; 2<sup>e</sup> grossesse : gémellaire uni-vitelline présentant de l'hydramios du 2<sup>e</sup> œuf ; avortement spontané à 5 mois 1/2.

Les examens pratiqués à ce moment donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière positif atténué H3.

Sang prélevé dans le cœur des fœtus encore vivants :

Wassermann positif atténué H3 ;

Desmoulière positif total H0.

Les 2 fœtus présentent les mêmes réactions. Placenta uni-vitellin, large communication superficielle.

**Obs. XLII. — Accouchement n° 486.**

Mérianne G..., 32 ans. IV pare.

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> grossesse ; accouchement à terme (siège) d'un garçon qui vit actuellement ; 2<sup>e</sup> grossesse : un avortement provoqué thérapeutique ; 3<sup>e</sup> grossesse : un avortement de 6 semaines suivi de curetage ; 4<sup>e</sup> grossesse : accouche à terme d'un enfant hydrocéphale, mort né, pesant 2.900 gr. Placenta 320. Quotient 1/9.

Les examens pratiqués à ce moment donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière négatif H7.

Pour l'enfant : Sang de l'hématome céphalique : la réaction est impossible, le sang étant incoagulable :

Liquide céphalo-rachidien :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière négatif H8.

**Obs. XLIII. -- Opération n° 2094.**

Marie L..., 30 ans. I pare.

Césarienne à terme pour bassin aplati et généralement rétréci.

Extraction d'un enfant pesant 3020. Placenta 470. Quotient 1/6. L'enfant meurt à 25 jours après avoir présenté un abcès sous-maxillaire contenant des staphylocoques.

A l'autopsie on trouve une hémorragie rachidienne, lombaire et sacrée. Dans le sang du cœur, sur les frottis de poumon et du cœur, on trouve des streptocoques.

Les examens pratiqués 20 jours après la naissance de l'enfant donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière positif atténué H8.

Pour l'enfant :

Wassermann faiblement positif H6 ;

Desmoulière positif total H0.

**Obs. XLIV.**

Mez ..., 21 ans. II pare.

Antécédents personnels : a marché à 3 ans.

Antécédents obstétricaux : 1<sup>re</sup> grossesse ; une fausse couche de un mois ; 2<sup>e</sup> grossesse : accouche à terme de 3 jumeaux, 2 garçons et une fille.

Les examens pratiqués à ce moment donnent :

Pour la mère :

Wassermann négatif H8 ;

Desmoulière positif atténué H3.

Liquide céphalo-rachidien d'un des 3 jumeaux :

Wassermann négatif H8,

## CONCLUSIONS

---

Au point de vue de la séroréaction de Wassermann pratiquée d'après la méthode classique, le sang du cordon ombilical ressemble beaucoup à celui de la mère. L'intensité de la réaction est le plus souvent égale, parfois inférieure, jamais supérieure à celle obtenue avec le sang maternel.

Nous n'avons jamais obtenu de réactions positives dans le sang du cordon et négatives dans le sang de la mère.

Le sang du cordon ressemble davantage à celui de la mère qu'à celui de l'enfant.

La méthode de Desmoulière ne peut être appliquée au sang du cordon.

On ne pourra obtenir avec lui de réaction positive que si le sang maternel donne une réaction positive par la méthode classique. Par conséquent le sang du cordon ombilical issu de femmes certainement syphilitiques dont le Desmoulière est totalement positif mais le Wassermann négatif ou très faiblement positif — ce qui se rencontre fréquemment — donnera une réaction négative. De ce fait il semble que l'emploi du sang du cordon dans le but de dépister la syphilis chez la mère ou l'enfant ne puisse donner que des résultats incomplets.

Chez le nouveau-né la réaction de Wassermann, soit d'après la méthode classique, soit d'après la méthode de Desmoulière, demande parfois quelques jours ou quelques semaines pour devenir positive.

Nous n'avons jamais vu de réaction positive à l'origine devenir spontanément négative par la suite sans l'intervention d'un traitement antisypilitique.

La réaction positive coexiste toujours chez l'enfant avec d'autres signes soit maternels, soit ovulaires, soit fœtaux généralement attribués à la syphilis.

Nous avons vu des enfants certainement atteints de syphilis présenter des réactions négatives ; nous n'avons pu les suivre assez longtemps pour voir si cette réaction négative devenait positive avec le temps, soit parce que ces enfants n'ont pas survécu à leurs lésions congénitales, soit parce qu'il ne nous a pas été permis de les examiner à nouveau.

---

*Vu, le Doyen,*  
H. ROGER.

*Vu, le Président de la thèse,*  
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

---

APERT. — L'hérédité morbide.

BLECHMANN. — Présentation d'une ventouse de Bier modifiée pour prise de sang chez les jeunes enfants, réaction de Wassermann, etc... (*Soc. de Pédiatrie*, 13 janvier 1914 et *Soc. de Derm. et de Syphilis* 5 mars 1914).

BLECHMANN. — Technique des injections par les veines jugulaires et épicroaniennes chez les nourrissons. Ses applications au traitement de la syphilis héréditaire par le néosalvarsan (*Paris Méd.*, n° 9, 31 janvier 1914).

BLECHMANN. — Technique des prélèvements de sang et des injections intra-veineuses chez les nourrissons. Hémoculture, sérodiagnostic, dosage d'urée, injections intraveineuses du sérum, de néosalvarsan, etc... (*Le Nourrisson*, n° 4, mai 1914).

BRINDEAU. — Pratique de l'art des accouchements.

BRINDEAU. — (*Acad. de Médecine*, 20 mars 1923).

BLUMENTHAL et SCHWARZMANN. — Retroplacental blood and blood from umbilical vein in sérodiagnosis (*Méd. Klin.*, 22, 1530-1532, 1<sup>er</sup> octobre 1926).

BROSSA et S. ZOCCHI. — Test sérologique à la naissance (*Clinica Obstetrica.*, Rome, juin 1926, p. 289).

CALMETTE, BRETON et COUVREUR. — Applications pratiques de la réaction de Wassermann au diagnostic de la syphilis chez le nouveau-né (*Soc. de Biologie*, séance du 18 février 1911, p. 239).

CHAPPAZ. — Etudes de sérologie comparative entre le

sang du cordon et le sang rétro-placentaire (*Gynéco. et Obsté.*, 1928).

CHAPPAZ. — Sérologie du sang ombilical (*Soc. de Biologie*, 95, 1140, novembre 1926).

P. CHEVALIER. — Notes sur onze jeunes enfants de 18 à 26 mois qui, nés de pères syphilitiques, paraissent absolument normaux mais dont le Wassermann est positif ; ténacité du Wassermann positif malgré le traitement (*Hôpital*, Paris 1926, XIV 50).

DESMOULIÈRE et PARIS. — *Annales des maladies Vénériennes*, 1916.

DESMOULIÈRE ET PARIS. — Sur un point de technique de la réaction de Wassermann. (*Soc. fr. de Dermat. et Syphil.* 1<sup>er</sup> fév. 1912).

DESMOULIÈRE. — L'antigène dans la réaction de Wassermann. (*Presse Médicale*, 5 nov. 1913).

DETWEILER. — Les résultats de Wassermann (*Canadien Médical Journ.*, juillet 1926, p. 800).

FILDES. — Report to local Gov. Board upon the prevalence of congenital syphilis among the newly Born of the East End of London, 1915.

FINKENER et NEUGARTEN. — (*Arch. für Gynekologie*, vol. CXXII, cahier 1-2, 1914).

FORDYCE. — La réaction de Wassermann, ses relations avec la vie du fœtus et la syphilis congénitale (*American Journal of Medical Sciences*, novembre 1922, p. 667).

FOURNIER. — L'hérédité syphilitique.

GOUGEROT. — Paradoxes et imperfections de la réaction de Bordet-Wassermann (*Journal des Praticiens*, 29 novembre 1924, n° 48, p. 785).

HAROLD BOAS ET GAMMELTOFT. — *Archiv für Gynäkologie* (tome CXXVIII, cahier 3, 1926.)

JEANSELME et LEFEVRE. — Fausses-couches, mortinatalité, polyléthalité infantile ne sont pas toujours des signes indubitables de syphilis (*Progrès Méd.*, p. 1925, 283).

KING. — Syphilis et Gestation (*New Orleans Med. and Surg. Journal*, mai 1924)

KILLDUFF. — *American Journal of Medical Science*, novembre 1922, p. 677.

KILLDUFF. — *Journal of the American Med. Ass.*, 30 décembre 1922, p. 2215.

KLEE. — Syphilis et Grossesse (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynakologie*, vol. LXV, cahier 5, 1924).

LAFFONT et MÈLE. — La réaction de Bordet Wassermann chez la femme enceinte (*Gynec. et Obst.*, avril 1928).

LEREDDE. — Essai sur le diagnostic de la syphilis héréditaire (*Presse Méd.*, 1923, p. 310).

LOWENTHAL. — Clinique et investigation du sang des nourrissons (*Deutsche Med. Wochenschrift*, n° 5, 28 janvier 1927, p. 187).

MANOUÉLIAN. — L'accident primaire de la syphilis conceptionnelle (*Gyn. et Obst.*, t. XIX, n° 3, mars 1929).

MONTLAUR. — *Thèse de Paris*, 1918.

NICOLAS et GATÉ. — La réaction de Bordet-Wassermann positive a-t-elle une valeur absolue ? (39 % de Bordet-Wassermann positifs chez les non syphilitiques) (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, avril 1914).

NICOLAS et GATÉ. — La réaction de Bordet-Wassermann. Sa valeur théorique. Sa valeur pratique (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 3, 7 juin 1920).

NOBÉCOURT et BONNET. — Réaction de Bordet-Wassermann et syphilis chez les nourrissons, leurs mères et les femmes en état de gestation (*Presse méd.*, Paris 1920, 20 octobre).

PAINDESTRE. — La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang du cordon ombilical (*Thèse de Lyon*, 1926).

POTELUNE. — Influence de l'hérédo-syphilis maternelle sur le produit de la gestation (*Thèse de Paris*, 1927).

ROUX. — La réaction de Wassermann chez le nouveau-né et chez le nourrisson (*Thèse de Montpellier*, 1913).

Mlle SABIN. — Etude de la loi de Profeta par la séro-réaction de Wassermann (*Annales des mal. vénér.*, 1913, p. 263).

SCHUMANN. — Les rapports de la syphilis avec la gestation. (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. VIII, n° 3, septembre 1924).

TIXIER. — La valeur de la réaction de Bordet-Wassermann en clinique infantile (*Pédiatrie pratique*, Paris 1921, 15 janvier).

TRILLAT. — Recherches sur la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang du cordon. Réunion obstétricale de Lyon, 6 décembre 1926 (*Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1927).

TRILLAT et ROUSSET. — La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang du cordon (*Gyn. et Obst.*, avril 1928, p. 264).

URECH. — Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la puerpéralité (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n° 4, janvier 1924).

VIGNES. — La réaction de Wassermann en pratique obstétricale (*Les Sciences Médicales*, n° 17, janvier 1914).

VIGNES et JÉOU. — L'année obstétricale, 2<sup>e</sup> série, 1927).

W. WILLIAMS. — The value of the Bordet-Wassermann reaction in Obstetrics based upon the study of 4517 consecutive cases (*Bull. of the Johns Hopkins Hosp.* 1920, p. 335-341).

W. WILLIAMS. — Traité classique « *Obstetrics* » 1923, p. 692).



